EXCHANGE
Lane Medical Library
JAN 5 1911

Aus der II. Kgl. gynäkologischen Klinik München.
(Prof. Dr. Amann.)

The palliative treatment of inoperable carcinoma of the uterus

Zur palliativen Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer hohen medizinischen Fakultät
der Königlich bayerischen Maximilians-Universität
zu München vorgelegt

von

Max Berl

Medizinalpraktikant aus München.

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Druck von Gebr. Gerstenberg in Hildesheim.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153721_0229

Aus der II. Kgl. gynäkologischen Klinik München.
(Prof. Dr. Amann.)

Zur palliativen Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer hohen medizinischen Fakultät
der Königlich bayerischen Maximilians-Universität
zu München vorgelegt

von

Max Berl

Medizinalpraktikant aus München.

Druck von Gebr. Gerstenberg in Hildesheim.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. Döderlein.

Literatur:

Bier: Beeinflussung bösartiger Geschwülste durch Einspritzung von artfremdem Blut.

Blau: Ueber die Dauererfolge der in der Klinik Chrobak bei inoperablem Gebärmutterkrebs ausgeführten Excochleationen.

Chrobak: Zur Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms.

Czerny: Ueber unerwartete Krebsheilungen.

Fromme: Die palliative Behandlung des inoperablen Carcinoms.

Gellhorn: Die Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms mit Aceton.

Heitzmann: Die palliative Behandlung des inoperablen Carcinoms des Uterus.

Henkel: Ueber die nach Entfernung des carcinomatösen Uterus auftretenden Recidive und über die Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms.

Houzel: Traitemant chirurgical des cancèrs utérins inopérables.

Krönig: Die doppelseitige Unterbindung der Art. hypogastricae und ovaricae zur palliativen Behandlung des Uteruscarcinoms.

Lomer: Zur Frage der Heilbarkeit des Carcinoms.

Schücking: Zur Wirkung der Radiumstrahlen auf inoperable Carcinome.

Weindler: Unerwartete Heilerfolge bei inoperablen Uteruscarcinomen.

Wenn auch die experimentelle Erforschung des Carcinoms uns in einer Reihe von Detailfragen wichtige Aufklärung gebracht hat, die Aetiologie des Carcinoms bleibt nach wie vor in ein undurchdringliches Dunkel gehüllt. Dies ist der Grund, daß trotz des außerordentlichen Aufschwungs aller therapeutischen Bestrebungen der Kampf gegen das Carcinom auch heute noch trotz aller siegreich entwickelten chirurgischen Technik allenthalben nur beklagenswert schlechte Resultate gefördert hat. Trotz aller Spekulationen ernster und leichtfertiger Art, trotz der weitgehendsten noch vor wenigen Dezennien für unmöglich gehaltenen Operationen, ist und bleibt die Heilungsziffer bei Carcinom aller Art auch heute noch eine so verschwindend niedrige, daß die harte Notwendigkeit des Lebens immer ungestümer zu einer Lösung des Problems der kausalen Therapie des Carcinoms drängt. Noch sind wir leider weit davon entfernt, die Vorbedingung hierzu, das ist die Erkenntnis der Aetiologie des Carcinoms auch nur in den gröbsten Umrissen zu besitzen und kennen als einziges Heilungsmittel nur die frühzeitige Radikaloperation des Krebses. Leider stellen sich diesen beiden Forderungen in der übergroßen Mehrzahl der Fälle unüberwindlich große Schwierigkeiten entgegen, die trotz aller dagegen gerichteten Bestrebungen nur eine schwächliche Besserung erfahren haben. Gerade das nach Birsch-Hirschfeld relativ häufigste Carcinom, das Carcinom des Uterus, zeigt in der großen Mehrzahl der Fälle in jenem Stadium, in dem es die besten Chancen für eine operative Entfernung böte, keine, oder die Trägerin so wenig belästigende Symptome, daß es trotz aller dagegen gerichteten Bestrebungen (Aufrufe u. s. w.) eben doch nur in einem

verschwindend kleinen Prozentsatz als „frühzeitiges“ Carcinom der chirurgischen Behandlung zugeführt wird. Immer noch ist die große Mehrzahl der in ärztliche Behandlung kommenden Carcinome des Uterus bereits in das Stadium getreten, daß sie auch für einen Operateur, der die Grenzen der Operabilität noch so weit steckt, als inoperabel gelten muß, und wenn wir dazu noch die wirklich radikal angegangenen Carcinome des Uterus zählen, welche nach kürzerer oder längerer Zeit wegen inoperabler Recidive abermals unsere Hilfe beanspruchen, so leuchtet es ein, daß die Paliativbehandlung des Uteruscarcinoms in unserer heutigen Carcinomtherapie notgedrungen fast an erster Stelle steht. Diesen bedauernswerten, ihren Leiden unrettbar verfallenen Patientinnen dieses zu erleichtern, die lokalen Symptome zu beseitigen und sie über ihr Schicksal hinwegzutäuschen, das ist bei aller Einsicht unserer Machtlosigkeit mit unsere vornehmste und schönste Pflicht.

Dieser Forderung entspricht auch die große Menge der zur palliativen Behandlung des Uteruscarcinoms empfohlenen Mittel. Es muß hier vorausgeschickt werden, daß wiederholt Fälle von Spontanheilung des Carcinoms beschrieben worden sind, ohne sich aber im einzelnen als stichhaltig erwiesen zu haben. Wenn auch zugegeben werden muß, daß, wie wir dies ja gerade beim inoperablen Uteruscarcinom in jedem Falle sehen, die peripherstenPartien ausgedehnte, regressive Prozesse (Verfettung, Erweichung) zeigen und andererseits infolge unserer lokalen therapeutischen Maßnahmen starke Bindegewebs- und Schwielenbildung eine scheinbare Verödung des Carcinoms wiederholt beobachten können, so ist dies alles noch weit entfernt von einer Heilung; und was endlich die sogenannten Spontanheilungen betrifft, so geht man wohl kaum fehl, wenn man ihnen Irrtümer in der Diagnose zugrunde legt, in dem in diesen Fällen eben doch gutartige Prozesse hyperplastischer Natur bezw. infektiöse Granulome das vermeintliche Carcinom darstellten. Immerhin kennen wir genugsam die verschiedensten Grade der Malignität, haben sowohl klinisch wie auch experimentell große Reihen von

Beobachtungen über Malignitäts-Steigerung und Schwächung und können theoretisch auch die Möglichkeit eines vollkommenen Verlustes der Malignität einer Geschwulst keineswegs a priori ausschließen, aber wir kennen bisher noch keinen bewiesenen Fall, und sollte er vorkommen, so gehörte er zu den größten Ausnahmen, mit denen wir nicht rechnen dürfen.

Die Wege, die wir bei der palliativen Behandlung des Carcinoms zu gehen haben, sind uns durch seine Erscheinungen lokaler und allgemeiner Natur vorgezeichnet.

Was zunächst die Beeinflussung des Carcinoms auf bacterio-therapeutischem Wege betrifft, so gelangen sie nicht über ein mehr oder weniger geistreiches, spekulatives Experimentieren hinaus. Hierher gehören alle die Versuche von Serumbehandlung, von Antitoxinen oder Toxinen, von Bacterien- und Streptococcenseris, alles Versuche, welche schon wegen der ihnen zugrunde liegenden grundlosen oder falschen Voraussetzungen von vornherein als aussichtslos erscheinen mußten, und es trotz aller, von jedem einzelnen Autor geflissentlich beschriebenen Wunderheilungen auch geblieben sind.

Unsere Allgemeinbehandlung bleibt also nach wie vor darauf beschränkt durch entsprechende Ernährung, tonierende Behandlung die „Krebskachexie“ in ihrem Fortschreiten zu mildern und durch entsprechende psychische Behandlung den Patientinnen die Erkenntnis ihres hoffnungslosen Zustandes so lange als möglich zu verheimlichen. Kurzum, unsere Allgemeinbehandlung ist, abgesehen von der psychischen, rein auf Pflege, Bäderbehandlung und Ernährung gerichtet. Das einzige Mittel, das uns wenigstens vorübergehend eine relative Besserung des kachektischen Zustandes gebracht zu haben scheint, ist die Darreichung von Arsenik in Form von subkutanen Injektionen von Natrium arsenicosum bezw. kakodylsauren Natriums, wie dies auch von Lomer empfohlen wird.

Ein schwieriges, weil mit der Aufgabe der Hebung des Appetits und Besserung durch Ernährung konkurrierendes

Kapitel, ist das der Schmerzlinderung. Hier ist es unsere erste Aufgabe, solange als es möglich ist, mit der ja in vorgeschrittenen Fällen bald unvermeidlichen Darreichung von Morphium hintanzuhalten. Wir haben an unserer Klinik in den meisten Fällen wenigstens eine große Zeit lang, in manchen bis zum Tode durch Darreichung von Aspirin, Pyramidon, Antipyrin abwechselnd per os oder in solutione per anum ausgezeichnete schmerzlindernde Wirkung gesehen. In vielen Fällen allerdings war die gleichzeitige aber dann doch quantitativ geringere Gabe von Morphium nicht zu umgehen. Immerhin konnte auch dann mit der Kombination von Aspirin mit Morphium die Notwendigkeit größerer Morphiumgaben lange hinausgeschoben werden. Ist aber einmal das Stadium der notwendigen progressiven Morphiumverabreichung eingetreten, so halten wir es im psychischen Sinne für nützlich, mit der Art der Darreichung — als Pulver, als Mixtur mit Mandelmilch, als Zäpfchen, endlich als Injektion abzuwechseln. Bei Notwendigkeit allzu hoher Morphiumdosen endlich, bei Vorhandensein uraemischer Krämpfe, Unruhen, Delirien, kombinieren wir Morphium mit Skopolamin und Hyoscin. Gegen lokalen Tenesmus vesicae et recti sind Belladonnasuppositorien, Cocainstäbchen, Antipyrin-Clysmen (2 gr), endlich lokale Anwendung von Hitze und Kälte am Platze.

Mehr befriedigende Erfolge zeitigt eine sorgsam durchgeführte palliative Lokalbehandlung. Sie hat die Aufgabe, den zwei Hauptsymptomen zu begegnen: 1. der Blutung, 2. der Jauchung. Dazu kommen 3. lokale Maßnahmen, welche speziell die Absicht haben, auf die Rückbildung des carcinomatösen Prozesses hinzuwirken.

Was zunächst die Blutung betrifft, so war es naheliegend, die Unterbindung der blutzuführenden Gefässe zu versuchen und so das Carcinom außer Ernährung zu setzen. Es war von verschiedenen Autoren beobachtet worden, daß nach Ligatur der zuführenden Arterien Hypogastricae und Spermaticae (Ovaricae) eine Schrumpfung der malignen Neubildung eintrat. Pryor war wohl der erste, der es ver-

suchte, dieses praktisch zu verwerten. Pryor fand, daß die Patientinnen diesen immerhin nicht harmlosen Eingriff ohne Störung vertrugen, daß aber das Neoplasma trotz doppelseitiger Gefäßunterbindung ungestört weiterschritt. In Deutschland wurde später diese Methode von Krönig empfohlen, der die Operation dann vorzunehmen rät, wenn bei der Laparatomie zum Zweck der Radikaloperation es sich ergibt, daß das Carcinom durch Uebergreifen auf die Parametrien und durch Verwachsungen mit Darm und Blase inoperabel ist; damit doch die Bauchhöhle nicht ganz unverrichteter Sache geschlossen werden muß. So ist diese Operation überhaupt eine Notoperation geworden, entsprungen aus Ueberraschungen, die man bei der beabsichtigten Radikaloperation erlebte und die man auch ausführte, um nicht ganz ohne Nutzen für die Patientin die Operation angefangen zu haben. (Fromme.)

Krönig führte die Unterbindung der Gefäße direkt am Abgange der Arteria iliaca communis aus und zwar mit Seide. Außer der Hypogastrica wird noch die Spermatica unterbunden, um die Bildung eines Kollateralkreislaufes hintanzuhalten und zu erschweren. Krönig berichtet über drei nach dieser Methode operierte inoperable Carcinome. Die Blutungen standen prompt nach der Operation, um aber nach kürzerer oder längerer Zeit wieder aufzutreten. Einen Stillstand oder gar eine Schrumpfung des Carcinoms konnte er ebenso wenig sehen wie Pryor. Nach Pryor-Krönig haben noch viele andere Operateure diese Methode angewandt wie Lindenthal, de Rouville, Kösler, Roux, Stolz, Touffier teils mit guten, weniger guten, teils mit schlechten Erfolgen.

Die größte Statistik über die Hypogastricaunterbindungen veröffentlicht Iwanoff. Diese Statistik verfügt über 14 Fälle und zeitigt relativ recht günstige Resultate, die allerdings wohl darauf zurückzuführen sind, daß Iwanoff gleichzeitig resp. unmittelbar anschließend die Excochleation und Kauterisation anwandte. Auch Iwanoff sah keine Unterbrechung im Weiterschreiten des Carcinoms. Nur soll dies langsamer

von statten gegangen sein. Ungefähr 4 Monate nach dieser Operation traten die Blutungen von neuem wieder auf.

Es dürfen die wenig begeisternden Resultate, welche die Hypogastricaunterbindung gezeigt hat, nicht wunder nehmen, mit Rücksicht auf die ausgedehnte Möglichkeit der kollateralen Blutzufuhr aus dem Bereich der Haemorrhoidalgefässe und der epigastrischen Gefäße. Nach unseren Ergebnissen sind die Erfolge der Unterbindung der zuführenden Gefäße hinsichtlich der Wiedereinsetzung der Blutung keineswegs besser als die der nachfolgend besprochenen Lokalbehandlung, auch nicht, wenn sie mit Excochleation und Cauterisation verbunden wird. Immerhin beschränkt sie, vor der unmittelbar darauf folgenden Excochleation ausgeführt, den hiermit verbundenen oft beträchtlichen Blutverlust auf ein Minimum. Es ist dies ein wenn auch nur momentaner Vorteil, der uns veranlaßt, in jenen Fällen, in denen wir zur Bestimmung der Operabilität eines Carcinoms eine Laparatomie machten und unverrichteter Sache die Bauchhöhle wieder schließen mußten, diese wenig Zeit beanspruchende und bei einiger Technik gefahrlose Operation vorzunehmen. Dagegen halten wir bei klinisch sich inoperabel erweisendem Carcinom die Indikation einer Laparatomie zum Zwecke der Hypogastricaunterbindung für nicht gerechtfertigt, da sie statistisch keine besseren Resultate ergibt, als die direkte lokale Behandlung und da für die meist kachektischen Patientinnen eine Laparatomie immerhin keinen belanglosen Eingriff darstellt.

Die direkte lokale Behandlung der Blutungen muß bestehen in einer möglichst ausgiebigen Entfernung der bröckligen und erweichten und deshalb leicht und anhaltend blutenden Geschwulstmassen und einer nachfolgenden Behandlung des entstandenen Kraters, die einmal die Verödung von Blutgefäßen und Hand in Hand damit eine starke Bindegewebs- und Schwielenbildung im Bereich desselben zur Folge hat.

Die ausgiebige blutige Zerstörung der malignen Neubildung wird am besten mit dem scharfen Löffel vorgenommen. Natürlich geschieht dieser Eingriff in Narkose, damit man

noch vorher genau feststellen kann. ob und wieweit das Carcinom an Blase und Rectum herangeht. Bei der Untersuchung des Rectums müssen wir uns mit der Palpation begnügen, während uns bei Untersuchung der Blase das Cystoskop zur Verfügung steht. Man muß sich das Carcinom in den Speculis gut sichtbar machen und dann mit dem scharfen Löffel alles weiche und bröcklige Carcinomgewebe sorgfältig abkratzen, bis man auf hartes, gesundes Gewebe stößt. Meistens ist die Blutung dabei nicht sehr bedeutend, kann aber auch beträchtlich sein, wenn kleine Aeste der Arteria uterina verletzt werden. Zur Verschorfung des entstandenen Wundkraters wurde bis vor etwa 40 Jahren fast ausschließlich das Ferrum candens gebraucht. An dessen Stelle trat dann der Paquelin, eine Spitze, Lanze oder Kugelform aus Platiniridium, die durch Bezindämpfe vermittelst eines Gebläses in Weißglühhitze gehalten wird. Neuerdings macht auch dieser wieder dem Etektrocauter Platz.

Der ganze gesetzte Wundkrater wird nun mit diesem, sei es Paquelin, sei es Electrocauter, energisch verschorft, so daß eine Blutung nirgend mehr zutage tritt und sich überall ein dicker, trockener Schorf bildet. Man braucht durchaus nicht einen starken Druck auszuüben, denn allein schon durch längere Einwirkung der ausstrahlenden Hitze erreicht man das Stehen der Blutung.

Von manchen Autoren wird jedoch die Verschorfung mit dem Glüheisen oder dem Paquelin nicht so hoch angeschlagen, als die Aetzung mit einem chemischen Mittel. Von diesen sind eine grosse Anzahl angegeben und die bekanntesten sind die rauchende Salpetersäure (Chrobak), Jodtinktur (Ohlshausen), 30% Chlorzink (Sims), Liquor ferri sesquiclorati (Fraipont) und in neuester Zeit reines Aceton (Gellhorn). Alle diese Reagentien rufen ziemlich solide Narben und glatte Wundränder hervor, aber verursachen nicht, wie von einigen Autoren angenommen wurde, eine Vernichtung des carcinomatösen Gewebes.

Dies wurde von Ehlers einwandfrei durch die mikroskopische Untersuchung des Schorfes bewiesen. Das Chlorzink

besonders hat sich unter den Gynaekologen viele Freunde erworben, da es fast ideal solide Narben verursacht, anderseits aber auch viele Feinde, da bisweilen starke Verätzungen von Blase und Rectum vorkamen. Nach unseren Erfahrungen verdient die von Gellhorn angegebene Behandlungsmethode vor allen den Vorzug. Ein bis zwei Eßlöffel reinen Acetons werden vermittelst eines Speculums (am besten Röhrenspeculum, damit Vulva und Vagina nicht geätzt werden) unmittelbar nach der Excochleation in den Wundkrater gegossen ohne vorausgehende Thermocauterisation, da das Aceton die Fähigkeit hat, das Gewebe zu härten. Wir haben das Verfahren, wie im Späteren gezeigt wird, etwas modifiziert und wenn auch bisweilen die Erfolge nicht überaus glänzend waren, so hat das Aceton jedenfalls die gute Eigenschaft, daß der die Kranken selbst und die Umgebung so sehr belästigende üble Geruch absorbiert wird.

Die Nachbehandlung nach Excochleation und Ustio soll eine möglichst trockene sein. Durch antiseptische Spülungen würde der gebildete Schorf allzufrüh aufgeweicht werden und die Blutungen wieder auftreten. Somit wäre, wie Fromme sagt, vor allen Dingen der moralische Effekt der Operation auf die Patientin verloren. Sehr beliebt sind zur Trockenbehandlung Jodoform- und Vioformgazetamponade, diese sollen aber wegen Zersetzungsgefahr nicht zulange liegen bleiben. Auch Jodoform gemischt mit Tannin oder Holzkohlenpulver als Streupulver wird mit gutem Erfolg empfohlen. Dem gleichen Zwecke dienen Xeroform, Dermatol, chlorsaures Kali usw.

Wir hatten die relativ besten Erfolge bei Lokalbehandlung durch folgende methodisch und systematisch durchgeführte Behandlungsart:

Nach ausgiebiger aber immerhin mit Gefühl zur Vermeidung von Rectum- und Blasenverletzung vorgenommener Excochleation der Krebsmassen eine so lange fortgesetzte Thermocauterisation des Geschwulstkraters, bis derselbe vollständig bluttrocken ist; das einfache Eingießen von Aceton nach Excochleation kann hinsichtlich der absoluten Blutstillung

und Verschorfung mit der Thermocauterisation nicht konkurrieren. Sodann Ausfüllen des verschorften Kraters mit Jodoformgaze, die zwei Tage liegen bleibt. Nach 2 Tagen Entfernung der Gaze und nunmehr tägliches Eingießen von Aceton in den Krater, eventuell Einführen von mit Aceton getränkter Gaze. Dies jedoch mit Vorsicht, um den Brandschorf nicht zu früh zu lösen, und dadurch abermals Blutungen zu verursachen. Das Aceton bleibt durchschnittlich 10—15 Minuten liegen, wird sodann abgesaugt und weiterhin trockene Jodoformgaze eingeführt. Wenn sich nach 8—12 Tagen der Brandschorf meist in toto abstößt, wird mit Acetonbehandlung in gleicher Weise fortgefahren, nachträglich die Höhle mit einem austrocknenden Mittel wie Dermatol, reiner Borsäure oder anderem ausgefüllt. Zeigen sich da und dort leichte Blutungen, so wird neben Aceton Liquor ferri sesquichlorati, falls auch dies nicht genügend, 30 %ige Chlorzinklösung angewandt. Im übrigen sind wir von der ausgedehnten Verwendung des Chlorzinks abgekommen, wegen der in Uebereinstimmung mit anderen Autoren konstatierten Schmerzhaftigkeit. Es ist uns bei konsequenter, sachgemäßer und sorgfältiger Durchführung dieser Methode ausnahmslos gelungen, den Lokalbefund günstig zu gestalten. Insbesondere sahen wir vom Aceton hinsichtlich der sauberen Granulationsbildungen und der narbigen Retraktion des begrenzenden Vaginalringes, manchmal bis zum völligen Verschluß, überraschend günstige Erfolge. Man kann ja sicher auch mit den meisten empfohlenen Prozeduren ähnliches erreichen, aber immerhin scheint uns diese Methode die einfachste und für die Patientinnen die relativ am wenigsten schmerzhafte und dabei die sicherste zu sein. Was die Excochleation betrifft, so muß ein übler Zufall unter allen Umständen vermieden werden, das ist die Anreißung von Blase und Mastdarm, und wenn sie unvermeidlich erscheint, so ist von ihr unbedingt Abstand zu nehmen, denn mit der Entstehung einer Blasen- oder Mastdarmfistel ist der Zustand der Patientinnen zu einem schauderhaften und unerträglichen gemacht und es erscheint uns gerade bei diesen Patientinnen die frühzeitige Verursachung

einer solchen Fistel durch die Excochleation als ein schweres Vergehen.

Was im besonderen die Jauchung betrifft, so stehen sich hier die Vorschläge der absolut trocknen resp. Spülungsbehandlung schroff entgegen. Soweit es sich noch um ein Excochlierbares Carcinom handelt, gelingt es ja meistens durch die oben skizzierte Behandlung ihrer Herr zu werden. Ist dies aber nicht mehr der Fall, oder ist bereits eine Mastdarmblasenfistel entstanden, so haben wir sowohl von der trockenen wie von der nassen Behandlung gleich gute und gleich schlechte Resultate gesehen. Es kam eine Reihe von ausgedehnt jauchenden, der Excochleation nicht mehr zugänglichen Carcinomen zur Behandlung, in denen auch die sorgsamste tägliche Bäderbehandlung, Spülungen mit Kalium permanganat, Formalin, Trockenbehandlung auch nicht die geringste Besserung des üblen Geruches bewirken konnten. Immerhin sind dies Ausnahmen. Im allgemeinen bevorzugen wir doch die Spülungen mit Kalium permanganat vor der Trockenbehandlung, da es die jauchigen Sekrete fortschafft und uns die alleinige Trockenbehandlung hier nie zu einer wirklichen Austrocknung geführt hat. Sehr empfehlenswert ist eine Kombination beider Behandlungsarten.

Es erübrigt noch kurz derjenigen Versuche zu gedenken, welche ohne chirurgische Eingriffe auf eine Rückbildung des Carcinoms abzielen. Abgesehen von den ergebnislosen lokalen Injektionen von Alkohol, Arsenik und anderen Mitteln, will Hofbauer günstige Erfolge mittelst Injektionen von Rinderserum bei innerlichem Gebrauche von Cholesterin gesehen haben. Er demonstrierte in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin eine Patientin, bei der es sich zwei Monate vorher um ein inoperables Portiocarcinom mit starker Infiltration des rechten Parametriums, regionären Metastasen in der Vagina und im Septum rectoveginale handelte. Dieser Befund hat sich nach lokaler Injektion von Rinderserum und innerlichem Gebrauche von Cholesterin dermaßen gebessert, daß nun die Extirpation des Uterus möglich wurde. Neuerdings ist die Radiotherapie in den Vordergrund

des Interesses gerückt. Leider kommt die Röntgenbehandlung wegen der ungünstigen Lage des Uteruscarcinoms für die Behandlung nicht ernstlich in Betracht, dagegen sind neuerdings von Nahmmacher einige überraschende Resultate der Radiumbehandlung berichtet, die mit Rücksicht auf die außerordentliche Wichtigkeit hier im Auszuge referiert werden sollen.

Nahmmacher berichtet in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden . . . . . Bei inoperablen Uteruscarcinomen wurden durch Radiumbestrahlungen die unerträglichen Schmerzen beseitigt oder wesentlich gebessert. Ein inoperables Uteruscarcinom ist nach Angaben Prof. Schücking's behandelt worden, jedoch sind 15 mg 5 Wochen lang in utero liegen geblieben. Ein Erfolg ist wegen der Kürze der Zeit noch nicht anzugeben. Und später ebenda über die Behandlung einer 46jährigen Patientin mit Radiumstrahlen, wegen inoperablen Rectumcarcinoms mit Perforation nach der Vagina. Patientin hat 4mal geboren, das letzte mal vor 2 Jahren, ist immer gesund gewesen. Seit Januar 07 hat Patientin Darmbeschwerden, die in häufigem Stuhldrängen, Brennen und Blutungen beim Stuhlgang bestanden. Im Mai 07 wurde Carcinom festgestellt und die Operation empfohlen. Patientin wurde aber noch $^1/_2$ Jahr von einer Kurpfuscherin mit Mastdarmmassagen behandelt, bis Anfang Dezember ein Durchbruch nach der Vagina erfolgte. Anfang Januar 08 wurde die Operation wegen Inoperabilität des Carcinoms von Credé und anderen abgelehnt. Die Patientin hat seit ihrer Krankheit große Gewichtsabnahme gehabt. Mitte Januar kam Patientin zu Nahmmacher zur Radiumbehandlung. Der Zustand war ein trostloser. Heruntergekommene aufgeregte Patientin, bei welcher der Stuhlgang sich durch eine etwa pfennigstückgroße Perforation durch die Vagina entleerte. Die Patientin war dauernd schmutzig und durch den Geruch sich und ihren Angehörigen zur Last. Es bestand ein etwa Fünfmarkstück großes carcinomatöses Ulcus an der vorderen Darmwand hinter dem Sphinkter mit einem pfennigstückgroßen Durchbruch nach der Vagina. Die Patientin wurde ohne An-

wendung von anderen Behandlungsmethoden 12 Wochen lang mit Radium bestrahlt und zwar täglich 18—20 Stunden lang mit 10 mg Radiumbromid im Rectum und 10 mg Radiumbromid in der Vagina. Die Neubildung wurde gewissermaßen zwischen zwei Feuern genommen. 5 Wochen nach der ersten Behandlung wurde prophylaktisch nochmals 3 Wochen lang dieselbe Behandlung vorgenommen. Patientin wurde anfangs Mai aus der Klinik entlassen. Nach etwa 8 Wochen der ersten Behandlung war die Perforation bis zu einer Haarfistel geheilt, die sich während der weiteren Behandlung auch noch vollständig geschlossen hat. Die Stuhlentleerungen waren normale durch das Rectum, Patientin hatte keine Beschwerden mehr. Bei der Entlassung bestand eine flügelartige nach 3 Seiten hin ausstrahlende Narbe an der vorderen Darmwand; hinter dem Sphinkter und hinter der hinteren Darmwand einige Drüsen bis zu Kirschgröße, welche durch die Radiumbehandlung nur insofern beeinflußt wurden, daß sie nicht größer geworden waren. An Stelle der Perforation befindet sich in der Vagina eine kleine seichte Einziehung. Dieser Status ist bis heute geblieben. Die Patientin hat ohne jede Kunsthilfe auf natürlichem Wege Stuhlentleerungen, hat ausgezeichneten Appetit, keine Beschwerden und seit September 9 Pfund Gewichtszunahme gehabt. Patientin wird jetzt noch wöchentlich einmal im Rectum bestrahlt, um dadurch das Wachsen der angegebenen Drüsen möglichst hinzuhalten. Der durch die Radiumbehandlung erzielte Erfolg ist bisher durch keine einzige Behandlungemethode, auch nicht durch die Radikaloperation, möglich gewesen. Neben dem Schluß der Perforation ist als günstiges Resultat die Erhaltung des Schließmuskels zu betrachten. Die Patientin ist natürlich nicht geheilt, da Metastasen genügend vorhanden sind, sie ist aber in einen den normalen Verhältnissen entsprechenden und beschwerdefreien Zustand gebracht worden. Schmorl berichtet von einem anderen von Nahmmacher mit Radium behandelten Fall von Portiocarcinom, bei dem er post mortem eine radikale Ausheilung und glatte Narbe an der Portio feststellen konnte. Die Frau war an einer Metastase des

Carcinoms auf der Beckenschaufel zugrunde gegangen. Gegen Metastasen gibt also Radium keine Sicherheit.

Wir haben zur Zeit Versuche mit dieser Behandlungsmethode angestellt, ohne aber wegen der Kürze der Zeit über deren Ergebnis berichten zu können.

So günstig auch der lokale Befund durch die vorgeschilderten Maßnahmen gestaltet werden kann, das tatsächliche Ergebnis unserer palliativen Carcinombehandlung ist ein wenig erfreuliches, aber wie wir zu ihren Gunsten sagen können im Vergleich zu der Größe des Eingriffes nicht minder wenig erfreulich unsere chirurgische Carcinomradikalbehandlung.

Statistik.

A. Fremder Autoren.

Geßner berechnet aus einer Zusammenstellung von 120 Fällen der Erlanger Klinik eine durchschnittliche Lebensdauer von der Excochleation bis zum Tode von 223,8 Tagen. 9 Patientinnen überlebten den Eingriff über zwei Jahre. Er schreibt daher der Excochleation einen entschieden lebensverlängernden Eingriff zu.

Gebauer gibt für 58 Patientinnen der Hallenser Klinik die mit Excochleation und dann in verschiedener Weise nachbehandelt wurden an:

Der Tod trat ein innerhalb

	½ Jahres	bei	7 Kranken
½—1	„	„	19 „
1—2	Jahren	„	25 „
2—3	„	„	5 „
	4 Jahre	„	1 „
	4½ „	„	1 „

Houzel berechnet eine durchschnittliche Lebensverlängerung von 11 Monaten.

Blau verfügt über 408 Fälle der Klinik Chrobak. Die Lebensdauer nach der Operation betrug im Mittel 252,3 Tage.

7	Patientinnen	leben	noch	nach	2—3	Jahren
4	„	„	„	„	3—4	„
1	„	„	„	„	11	„
14	„	starben	nach	3	Jahren	
33	„	„	„	über	2	Jahren
109	„	„	„	1	Jahr.	

Martin berechnete 70 % Todesfälle im ersten Jahre nach der Operation, 20,6 % im zweiten Jahre. Eine Patientin starb nach 23½ Monaten, eine nach 4½ Jahren.

Conrád erzielte durch wiederholte Chlorzink-Aetzung und Pyoktannin nach der Excochleation eine Lebensdauer von im Mittel 525 Tagen.

Fromme glaubt trotz einzelner günstigeren Nachrichten als durchschnittliche Lebensdauer nach der Excochleation und Thermocauterisation eine Zeit von 200—300 Tagen annehmen zu müssen.

B. Unserer Klinik.

In den drei Jahren 1906/08 kamen in der II. kgl. gynaekologischen Klinik München 83 Fälle von inoperablen Uteruscarcinomen zur Behandlung. Bei 64 Patientinnen wurde Excochleation und Thermocauterisation 1—4 mal angewandt, bei den übrigen 19 Patientinnen die Hypogastricaunterbindung. Bei 8 von diesen letzteren wurde außer der Hypogastricaunterbindung auch noch excochleïert und ustiert.

Nach Excochleation und Thermocauterisation starben:

3	Pat.	wenige	Tage	nach	dem	Eingriff	
7	„	starben	innerhalb	2	Monate		
8	„	„	nach	2—7	Monaten		
11	„	„	„	8	„		
18	„	„	„	9	„		
5	„	„	„	10	„		
4	„	„	„	12	„		
2	„	„	„	14	„		
2	„	„	„	22	„		

1	Pat.	lebt	gegenwärtig	11	Monate	nach	der	Operation
1	„	„	„	12	„	„	„	„
1	„	„	„	15	„	„	„	„
1	„	„	„	18	„	„	„	„

Daraus berechnet sich eine durchschnittliche Lebensdauer von 255 Tagen.

Nach Hypogastricaunterbindung allein
starben 4 Patientinnen wenige Tage nach der Operation
5 „ innerhalb 3 Monate.

Nach Combination von Hypogastricaunterbindung und Excochleation und Ustio starben

1 Pat. nach 4 Monaten
1 „ „ $5^1/_2$ „
1 „ „ 7 „
1 „ „ 8 „
1 „ „ 13 „
1 „ „ 21 „
2 „ „ 24 „

1 Patientin lebt gegenwärtig 12 Monate
1 „ „ „ 18 „

Es ergibt sich eine Durchschnittslebensdauer von 210 Tagen.

Wenn wir die Erfolge der einfachen Hypogastricaunterbindung vergleichen mit denen nach Excochleation und Thermocauterisation, so sind die Erfolge bei beiden Palliativverfahren so ziemlich die gleichen, was Verlängerung des Lebens anbelangt. Dabei kommt aber erschwerend in Betracht, daß bei den meisten hochgradig anaemischen und kachectischen Patientinnen die Hypogastricaunterbindung als Laparatomie ein quoad vitam gefährlichen Eingriff darstellt, der jedenfalls weit schwerer ist, als Excochleation und Ustio. Zudem treten auch nach Unterbindung der Hypogastrica, wie unsere Statistik zeigen soll, die Blutungen regelmäßig nach ca. 4 Monaten wieder auf. Solange dauert auch gewöhnlich der Stillstand der Blutung nach einfacher Excochleation. Die mit Excochleation kombinierte Hypogastricaligatur zeigt immerhin die durchschnittlich längste Lebensdauer. Dabei ist aber zu beachten, daß die Patientinnen, bei denen der combinierte Eingriff vorgenommen wird, regelmäßig an und für sich noch in einem besseren Allgemeinzustand sich befinden und andererseits ist auch hier der Unterschied nicht ins Gewicht fallend.

Wir glauben daher nicht, daß die Hypogastricaunterbindung als Palliativoperation des inoperablen Carcinoms ernstlich in Betracht kommen kann neben der Excochleation und Ustio wegen der relativen Gefährlichkeit des Eingriffes und den damit in keinem Verhältnis stehenden kaum nennenswerten Erfolgen. Immerhin wird gelegentlich jener Fälle, bei denen zum Zwecke der Totalextirpation die Laparatomie gemacht wurde und nach Eröffnung des Abdomens der Fall sich als inoperabel erwies, die Unterbindung der Hypogastrica mit nachfolgender Excochleation und Thermocauterisation als relativ ausgiebigstes Palliativverfahren zu empfehlen sein. Daneben ist aber eine sorgsame Lokalbehandlung des excochleierten Kraters ausschlaggebend für den Erfolg unserer Palliativmaßnahmen.

Wenn auch alle unsere palliativen Behandlungsmethoden bei inoperablen Uteruscarcinom das Leben der Patientinnen um einige Tage oder Wochen verlängern können, so ist es, wie Fritsch sagt, eine schwere Aufgabe, eine Carcinomatöse bis zum Tode zu behandeln und doch ist es eine schöne Aufgabe, einer Unglücklichen durch treue ärztliche Pflege täglich kleine Erleichterungen zu verschaffen, täglich neue Mittel oder alte in neuer Form zu geben, die diesen oder jenen quälenden Erscheinungen begegnen.

Herrn Prof. Dr. Amann, bei dem ich einen großen Teil meiner Medizinalpraktikantenzeit zubrachte, spreche ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus für die freundliche Ueberweisung des Themas und Durchsicht der Arbeit. Herrn Dr. Albrecht meinen besonderen Dank für die so überaus liebenswürdige Unterstützung beim Verfassen dieser Arbeit.

Lebenslauf.

Am 6. März 1883 wurde ich Mathias Max Berl zu Luxemburg als Sohn des daselbst verstorbenen Fabrikbesitzers Mathias Berl geboren. Ich besuchte von Ostern 1889 an die Elementarschule Göttingen und dann das kgl. Gymnasium daselbst, das ich im Herbst 1902 mit dem Zeugnis der Reife verließ, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Die ersten 3 Semester studierte ich in Berlin, die beiden folgenden in Freiburg i. B., wo ich im Wintersemester 1904/05 das Tentamen physicum ablegte. Die klinischen Semester studierte ich in München, wo ich 1908 das ärztliche Staatsexamen bestand.